

## Review Article

# Aplikasi *eye moving desensitization* dan *reprocessing* dalam konseling *post-traumatic stress disorder*

Hengki Satrianta<sup>\*)</sup>

Universitas Indraprasta PGRI Jakarta, Indonesia

<sup>\*)</sup> Correspondence address: Department of Guidance and Counseling Jl. Raya Tengah No. 80, Kel. Gedong, Kec. Pasar Rebo, Jakarta Timur 13760; e-mail: [hengki.satrianta@unindra.ac.id](mailto:hengki.satrianta@unindra.ac.id).

### Article History:

Received: 21/03/2017;  
 Revised: 15/04/2017;  
 Accepted: 21/05/2017;  
 Published: 29/06/2017.

### How to cite (APA 6th Style):

Satrianta, H. (2017). Aplikasi *eye moving desensitization* dan *reprocessing* dalam konseling *post-traumatic stress disorder*. *Terapeutik: Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 1(1), pp. 69–77. <https://doi.org/10.26539/112>



This is an open access article distributed under the Creative Commons 4.0 Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. © 2017, Satrianta, H.

**Abstract:** Recently more events can appear traumatic effect even if it not treated, it will be post-traumatic stress disorder. Therefore, need the efforts to treat this problem. One of the way is using *eye moving desensitization* and *reprocessing*. This article focuses on treating post-traumatic stress disorder through *eye moving desensitization* and *reprocessing*. The aim of this article is to describe the general implementation of *eye moving desensitization* and *reprocessing* to treat post-traumatic stress disorder. *Eye moving desensitization* and *reprocessing* is able to be a technique to treat post-traumatic stress disorder. Finally, writer suggested for counseling practitioners in Indonesia can make this “unique therapy” as a therapy technique for post-traumatic stress disorder.

**Keywords:** *Eye moving desensitization* and *reprocessing*, Post-traumatic stress disorder

**Abstrak:** Akhir-akhir ini banyak peristiwa yang berpotensi memunculkan efek traumatik yang jika tidak ditangani akan menimbulkan gangguan stres pascatrauma. Olehnya itu, dibutuhkan upaya-upaya untu menangani masalah ini. Salah satu upaya yang dimaksud adalah penggunaan *eye moving desensitization* dan *reprocessing*. Artikel ini ditulis dengan fokus pada penanganan gangguan stres pascatrauma melalui *eye moving desensitization* dan *reprocessing*. Tujuan penulisan artikel ini adalah untuk mengetahui gambaran umum pelaksanaan *eye moving desensitization* dan *reprocessing*. *Eye moving desensitization* dan *reprocessing* mampu menjadi salah satu teknik dalam penanganan gangguan stres pascatrauma. Oleh karena itu disarankan bagi praktisi konseling di Indonesia mampu menjadikan “terapi unik” ini sebagai teknik penanganan gangguan stres pascatrauma.

**Kata Kunci:** *Eye moving desensitization* dan *reprocessing*, Gangguan stres pascatrauma

## Pendahuluan

Masyarakat Indonesia bahkan dunia dalam beberapa waktu ini digemparkan dengan berbagai berita yang mengejutkan. Berita-berita tersebut uniknya didominasi oleh terjadinya peristiwa-peristiwa sadis yang menelan banyak korban. Persitwa tersebut diantaranya peristiwa perampokan yang berujung kematian di kawasan Pulomas (Damarjati, 2016), terjadinya kebakaran yang mengakibatkan korban meninggal karena hangus terbakar (Talib, 2017), peristiwa tanah longsor di beberapa titik di pulau Jawa dan Sulawesi (Syah, 2017), fenomena *gangster* di Jakarta (Rizqo, 2017) dan ditambah lagi dengan terjadinya peristiwa bom bunuh diri di terminal Kampung Melayu (Hariyanto, 2017). Peristiwa tersebut berpotensi mengakibatkan trauma bagi korban atau mereka yang terlibat dalam peristiwa tersebut. Adapun bentuk trauma yang mungkin terjadi adalah cemas, takut, gelisah ketika bepergian, bersikap antipati kepada individu lain yang belum dikenal, stres, dan sebagainya. Bentuk-bentuk trauma ini haruslah dapat ditangani secara efektif sehingga trauma yang dirasakan tidak berkembang menjadi gangguan stres pascatrauma (*Post Traumatic Stress Disorder/PTSD*).

PTSD telah menjadi sebuah isu hangat yang kemudian menjadi bahan yang menarik pada berbagai penelitian ilmiah. Banyak penelitian ilmiah yang menghasilkan temuan mengenai efek-efek negatif bila PTSD tidak dapat ditangani dengan cepat. PTSD dalam jangka panjang dapat memicu gangguan kejiwaan,

jantung, saraf rusak, metabolisme tubuh menurun (Gerson & Rappaport, 2013), serta menimbulkan potensi yang besar bagi perilaku bunuh diri (Briere, Hodges, & Godbout, 2010). Efek-efek negatif sebagaimana yang telah disebutkan itu berpotensi akan mengganggu Kehidupan Efektif Sehari-hari (KES) individu.

Dewasa ini telah banyak diupayakan usaha untuk menangani PTSD. Di dunia psikoterapi maupun konseling, upaya mengentaskan PTSD telah ditempuh dengan menggunakan beberapa upaya. Upaya-upaya tersebut antara lain melalui *exposure therapy* (Tuerk et al., 2010), *art therapy* (Collie et al., 2006), *trauma-focused cognitive-behavioral therapy* (Seidler & Wagner, 2006), dan juga *Eye Moving Desensitization and Reprocessing/EMDR* (Shapiro, 2001; Seidler & Wagner, 2006; Schubert & Lee, 2009; Lin, 2009; & Rodenburg et al., 2009). Baik itu *exposure therapy* maupun *trauma-focused cognitive-behavioral therapy*, keduanya merupakan salah satu bentuk terapi dalam konseling *behavioristic*. Keduanya dijalankan dengan menghadirkan stimulus penyebab munculnya gejala traumatik. Berdasarkan penelitian Oh & Choi (2007) kedua bentuk terapi ini baik digunakan untuk menangani PTSD hanya saja memakan waktu yang lama, yakni bulanan sampai tahunan. Hal ini pula berlaku pada penggunaan *art therapy* yang memanfaatkan unsur seni dalam konseling yang juga menurut Oh & Choi (2007) membutuhkan waktu yang lama untuk melihat efek perlakuannya. Dari sekian banyak upaya yang telah disebutkan, penulis tertarik untuk mengkaji EMDR sebagai terapi untuk PTSD dan memberikan gambaran umum tentang aplikasi EMDR dalam konseling PTSD. Di sisi lain, hal yang mendasari keinginan menulis artikel ini adalah adanya kenyataan bahwa EMDR belum populer di kalangan praktisi konseling di Indonesia. Secara sederhana, EMDR merupakan bentuk terapi dengan menggerakkan mata ke kiri dan ke kanan ke arah vertikal, horisontal maupun diagonal sesuai dengan arahan konselor/terapis namun diyakini memberikan efek yang begitu cepat (Oh & Choi, 2007).

Hal yang menarik dari penerapan EMDR dalam konseling PTSD adalah terletak pada durasi pelaksanaannya yang cepat dan hasilnya efektif (Oh & Choi, 2007). Lin (2009) di dalam penelitiannya menemukan bahwa banyak penderita PTSD yang ditangani menggunakan *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) oleh ahli klinis namun membutuhkan waktu yang lama, sekitar bulanan sampai tahunan untuk memperoleh atau merasakan efeknya, padahal PTSD perlu segera dikurangi bahkan dihilangkan. Begitu pula dengan hasil temuan Korn (2009) yang menemukan bahwa EMDR lebih cepat memberikan efek dari pada *exposure therapy* dalam menangani trauma. Hal lain yang turut merangsang ide untuk mengulas EMDR sebagai penanganan PTSD adalah EMDR telah banyak dijadikan sebagai bahan penelitian di berbagai bidang, misalnya efektif dalam menurunkan kecemasan patologis pada penderita *Generalized Anxiety Disorder* (Farima, Dowlatabadi, & Behzadi, 2015), berguna dalam penanganan masalah gangguan obsesif-kompulsif (Böhm & Voderholzer, 2010), mampu menangani dan menurunkan depresi (Moghadam, Moghadam, & Salehian, 2015), mengurangi stres akademik (Henrikus, 2015), menurunkan kecemasan pada korban penganiayaan (Tarquinio et al., 2012), efisien bagi ahli klinis dalam mengakses simptom fisiologis dan psikologis yang mempengaruhi pengembangan kehidupan individu (Shapiro, 2014), mampu menurunkan trauma pada anak-anak (Rodenburg et al., 2009) serta mampu menurunkan simptom trauma secara signifikan (Sack, Lempa, & Lamprecht, 2007).

Berdasarkan uraian di atas maka tujuan penulisan artikel ini adalah untuk memberikan gambaran secara umum mengenai konsep EMDR dan bagaimana penerapannya dalam menangani kasus PTSD yang dialami oleh klien. Manfaat yang diharapkan untuk dicapai melalui artikel ini adalah agar dapat menambah khasanah pengetahuan dan pengembangan keilmuan di bidang Bimbingan dan Konseling, khususnya dalam penanganan PTSD demi tegaknya profesi konseling yang bermartabat dan berkualitas di Negara Kesatuan Republik Indonesia.

## Diskusi

### *Post-traumatic stress disorder (PTSD)*

Permasalahan PTSD di dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-V* (DSM-V) tergolong dalam golongan *Trauma and Stressor-Related Disorder* (APA, 2013). PTSD sejauh ini masih dianggap unik karena diagnosis yang digunakan dalam kriteria diagnostik selalu tersirat dan diasumsikan

berdasarkan penyebabnya (Schubert & Lee, 2009). PTSD didefinisikan sebagai pengembangan gejala peristiwa traumatis yang ekstrim, di mana seorang individu mengalami ancaman nyata atau seperti akan mengalami kematian, cedera serius, ancaman terhadap integritas fisik seseorang; atau menyaksikan suatu peristiwa yang melibatkan ancaman nyata atau seperti akan mengalami kematian, luka fisik yang serius, atau ancaman terhadap integritas fisik individu lain (Bar-Shai & Klein, 2015).

PTSD digambarkan sebagai peristiwa yang berisi perasaan bersalah yang menyakitkan mengenai hidup ketika orang lain tidak bertahan atau tentang hal-hal yang harus mereka lakukan untuk bertahan hidup (Scott & Stradling, 2006). Tidak semua gangguan traumatik merupakan PTSD. Ada beberapa kriteria sehingga sebuah peristiwa masuk ke dalam golongan PTSD. Berdasarkan DSM-V (APA, 2013), kriteria suatu peristiwa sehingga digolongkan sebagai PTSD yakni:

- a. Adanya tekanan atau ancaman nyata atau berpotensi menimbulkan kematian, cedera serius, atau kekerasan seksual dalam satu (atau lebih) cara;
- b. Adanya satu (atau lebih) gejala gangguan yang terkait dengan peristiwa traumatik, dimulai setelah peristiwa traumatik terjadi;
- c. Adanya penghindaran tetap dan terus-menerus terhadap rangsangan terkait dengan peristiwa traumatik, dimulai setelah peristiwa traumatik terjadi;
- d. Terjadinya perubahan negatif pada kognisi dan suasana hati yang berhubungan dengan peristiwa traumatik, yang dimulai atau memburuk setelah peristiwa traumatik terjadi;
- e. Terjadinya perubahan gairah dan reaktivitas terkait dengan peristiwa traumatik, yang dimulai atau memburuk setelah peristiwa traumatik terjadi;
- f. Durasi gangguan (kriteria b, c, d, dan e) lebih dari satu bulan;
- g. Gangguan menyebabkan penderitaan atau gangguan klinis yang signifikan dalam bidang sosial, pekerjaan, atau fungsi penting, dan;
- h. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari substansi (misalnya, obat-obatan, alkohol) atau kondisi medis lain.

Kriteria yang ditetapkan oleh APA tersebut merupakan kriteria yang menjadi pedoman dalam menentukan kondisi individu yang sedang mengalami PTSD atau tidak. Hal ini kembali menyiratkan bahwa tidak semua gangguan trauma dapat disebut sebagai PTSD.

### *Eye moving desensitization and reprocessing (EMDR)*

EMDR dikembangkan pada tahun 1989 oleh Francine Shapiro (Shapiro, 2014). Menurut Maxfield (2007), EMDR adalah pendekatan psikoterapi untuk memecahkan simptom-simptom yang dihasilkan oleh gangguan dan pengalaman hidup yang tak terpecahkan. Shapiro (2014) mendefinisikan EMDR sebagai pendekatan psikoterapi yang secara empiris telah diakui petugas medis yang dapat digunakan untuk merawat akibat trauma psikologis dan pengalaman hidup negatif lainnya.

Solomon & Shapiro (2008) menjelaskan bahwa EMDR adalah pendekatan terapeutik yang dititikberatkan pada sistem pemrosesan informasi intrinsik otak dan bagaimana memori-memori tersebut disimpan. EMDR bersifat unik, karena bekerja dengan cepat, tidak membutuhkan aktivitas di luar ruangan, dan menggunakan rangsangan timbal balik dari pergerakan mata (Oh & Choi, 2007). Shapiro (2007) menyatakan bahwa EMDR dapat digunakan untuk menunjukkan penyumbang pengalaman disfungsi dan kesehatan. Proses yang dicapai untuk menunjukkan penyumbang tersebut diperoleh melalui tahapan belajar. Shapiro, (2001) menyebutkan bahwa EMDR merupakan katalis dari belajar. Ketika target belajar adalah ingatan yang mengganggu, gambaran negatif, keyakinan-keyakinan negatif, dan emosi-emosi negatif maka hal tersebut menjadikan individu kurang bersemangat dan kurang benar. Target belajar tersebut berhubungan dengan beragam informasi.

Uraian di atas menunjukkan bahwa EMDR digunakan untuk (1) membantu konseli belajar dari pengalaman negatif masa lalu, (2) mendesensitisasi pemicu yang ada dalam hal ini tekanan yang tidak tepat, dan (3) menggabungkan pola untuk tindakan yang tepat bagi masa depan yang mengizinkan konseli untuk unggul secara individual dan dalam sistem interpersonalnya (Shapiro, 2001). Schneider et al. (2007) menyatakan bahwa tujuan utama perlakuan EMDR adalah untuk memperoleh akses dan proses

menyimpan ingatan melalui suatu prosedur yang terstandar, yang termasuk pengulangan pergerakan mata, signal auditori, atau stimulasi yang dapat dirasakan. Selain itu, Dworkin (2005) mengemukakan bahwa tujuan EMDR adalah untuk memperbaiki keseimbangan syaraf, sehingga informasi dapat diproses menjadi suatu resolusi yang bersifat adaptif.

### *Aplikasi EMDR dalam konseling PTSD*

Penggunaan EMDR dalam konseling PTSD berbasis EMDR pada hakikatnya sama dengan pelaksanaan konseling secara umum yang dimulai dari tahap penjajakan (*rapport*) sampai pada tahap evaluasi dan tindak lanjut. Protokol pelaksanaan EMDR memiliki istilah lain, namun tetap bermakna sama dalam pelaksanaan konseling. Pelaksanaan EMDR diselenggarakan melalui protokol yang terstandar (Rodenburg et al., 2009; Shapiro, 2014).

Shapiro (2001) mengemukakan bahwa standar protokol perlakuan EMDR adalah a) *client history and planning the treatment*, b) *preparation*, c) *assessment*, d) *desensitization*, e) *installation*, f) *body scan*, g) *closure*, dan h) *re-evaluation*.

Tahap pertama, *client history and planning the treatment*. Tahap ini ialah tahap pengumpulan informasi tentang sejarah atau perjalanan hidup klien dan perencanaan perlakuan. Tahap ini di dalam konseling disebut sebagai tahap penjajakan/*rapport*. Pada tahap ini konselor berupaya membangun hubungan yang hangat sehingga klien merasa diterima apa adanya oleh konselor. Melalui penciptaan hubungan yang hangat maka dapat pula diidentifikasi simptom-simptom dan perilaku-perilaku klien yang bersifat disfungsional serta karakteristik yang perlu diubah (Shapiro, 2001).

Tahap kedua, *preparation*. Tahap ini merupakan tahap tindak lanjut dari tahap sebelumnya. Tahap ini meliputi menciptakan kondisi terapeutik yang berkualitas, menetapkan tingkat harapan yang layak pada diri klien, mengedukasi klien dalam memandang gangguan yang dihadapinya, membangun perspektif atau pandangan klien yang pantas untuk memproses secara aktif pengalaman negatif yang mengganggunya, dan melatih klien dalam penggunaan seperangkat keterampilan *coping* (cara mengatasi permasalahan klien). Pada tahap ini pula ditegaskan penetapan hubungan terapi, menjelaskan proses EMDR dan pengaruhnya, menuju kepada tingkat perhatian klien, dan memulai relaksasi dan prosedur keamanan. Hal ini penting bahwa pelaksana EMDR menginformasikan secara utuh kepada klien perihal kemungkinan terjadinya gangguan emosional selama dan setelah sesi EMDR (Shapiro, 2001).

Tahap ketiga, *asesment* (penilaian). Tahap ini boleh dikatakan sebagai tahap *pretest* karena dilakukan untuk mengetahui kondisi awal klien sebelum melakukan EMDR. Dalam tahap ini, konselor-klien mengidentifikasi secara bersama tentang ingatan traumatik yang akan menjadi target EMDR (Shapiro, 2001; Dworkin, 2005; Royle & Kerr, 2010). Selanjutnya klien diminta menyebutkan keyakinan negatif (pikiran yang paling berhubungan dengan peristiwa traumatis). Kemudian klien diminta untuk menyebutkan keyakinan positif yang sepertinya sesuai dengan target. Pengukuran dasar dari respon dilakukan melalui skala SUD (*Subjective Units of Disturbance*) dan VoC (*Validity of Cognition*) (Shapiro, 2001). Kedua pengukuran ini dilakukan untuk mengukur perasaan yang mengganggu pada diri klien, klien diminta untuk menilai perasaan yang mengganggu tersebut dan keyakinan positif yang mereka rasakan terhadap perasaan mengganggu tersebut. Skor SUD ditemukan dengan meminta klien untuk memikirkan ingatan dan menilai seberapa mengganggu ingatan tersebut dirasakannya dari angka 0 (tidak mengganggu) sampai 10 (sangat mengganggu), sedangkan skor VoC ditemukan dengan meminta klien untuk menilai seberapa benar keyakinan positif untuk keluar dari permasalahannya yang dirasakannya dari angka 1 (sepenuhnya salah) sampai 7 (sepenuhnya benar) (Shapiro, 2001). Sehubungan dengan pengukuran tersebut, melalui EMDR diupayakan skor SUDS menuju pada angka nol dan skor VoC ditingkatkan sampai pada angka 7 (Grand, 2001).

Tahap keempat, *desensitization*. Tahap ini merupakan salah satu tahap inti dari pelaksanaan EMDR. Shapiro (2001) mengemukakan bahwa desensitisasi atau penghapusan gangguan adalah pemrosesan ulang sebuah produk, yakni restrukturisasi kognisi positif, menimbulkan pemahaman dan seterusnya. Tahap ini dimulai dengan meminta klien untuk memikirkan gambaran pikiran negatif (yang terungkap di tahap asesmen) yang telah didiskusikan sebelumnya. Sambil memikirkan gambaran pikiran

ataupun peristiwa negatif, klien diminta menggerakkan mata mengikuti jari tangan ataupun benda-benda yang dapat digunakan oleh konselor dalam melakukan desensitisasi. Pergerakan mata dengan mengikuti jari tangan konselor disebut dengan *saccadic movement* (Mollon, 2005). *Saccadic movement* adalah pergerakan mata dari satu titik fiksasi ke titik fiksasi lainnya. Adapun gerakan jari tangan yang dilakukan oleh konselor dapat berupa garis vertikal, horisontal, maupun diagonal (Shapiro, 2001). Tidak ada jumlah pengulangan gerakan yang ditetapkan, tapi lebih ditentukan oleh evaluasi subjektif konselor atas respon klien terhadap desensitisasi yang diberikan.

Dalam tahap desensitisasi akan timbul respon emosi klien berdasarkan terbukanya ingatan tentang pikiran maupun peristiwa negatif yang klien alami. Respon emosi dapat berupa mata yang menegang, menurunnya fokus atau kesulitan dalam mengikuti gerak jari tangan, perubahan wajah secara nyata seperti bibir yang bergetar, mata berair, tersenyum, tertawa, atau respon emosi lainnya. Respon tersebut mengindikasikan desensitisasi yang menimbulkan *reprocessing*. Jika indikasi positif yang muncul, maka konselor akan menjaga gerakan tangan yang ia lakukan secara berkelanjutan. Ketika konselor berhenti, klien hendaknya ditanyai mengenai apa yang ia perhatikan mengenai gambaran, apa yang mungkin ia pikirkan atau rasakan atau bahkan apa yang mereka alami secara fisik.

Pada saat konselor memfasilitasi gerakan mata, konselor mengobservasi klien dalam perubahan efek. Bisa jadi atau ada potensi klien menunjukkan raut wajah yang melawan atau berubah, bibir yang bergetar dan air mata yang menetes, maka konselor perlu memberikan penguatan, seperti bagus, tetap seperti itu, biarkan yang terjadi tetap mengalir. Hal ini merupakan pernyataan yang menguatkan yang didesain sebagai indikasi positif pada klien bahwa pemrosesan muncul atau usaha positif klien dihargai (Howard & Cox, 2006). Agar desensitisasi terjadi, dibutuhkan material yang tidak berfungsi yang tersimpan dalam banyak channel di otak yang berhubungan dengan peristiwa yang menjadi sasaran, yakni peristiwa traumatik (Shapiro, 2001). Ketika sebuah peristiwa diproses ulang di dalam otak, jenis-jenis channel yang berhubungan itu akan diungkap ke alam sadar individu. Setiap target awal mempertimbangkan pertalian fisik yang berhubungan dengan pengalaman masa lalu yang lain. Hal ini mengasumsikan bahwa setiap gangguan yang terjadi dalam pertalian sasaran dipenuhi oleh beraneka ragam hubungan channel. Implikasi dari pernyataan ini bahwa pemrosesan informasi di dalam otak pada *channel* dapat ditunjukkan dengan jelas sepanjang perwujudan pergeseran informasi dapat teramati (citra, pengaruh, pikiran, suara, sensasi, atau kepercayaan) selama klien tetap fokus pada sasaran ingatan.

Saat tahap desensitisasi berlangsung, klien diminta memikirkan gambaran peristiwa negatif yang tertanam dan telah tertimbun di otaknya seperti bagaimana ketika peristiwa traumatik itu terjadi dan apa yang klien rasakan. Pada saat memikirkan gambaran peristiwa negatif tersebut, otak akan merespon dengan mengaktifkan kembali gambaran tersebut selama klien fokus pada sasaran. Ketika gambaran peristiwa negatif tersebut timbul, maka hal ini menjadi tahap awal dalam menjangkau dan mengaktifkan kembali area-area pada trauma yang terjebak (Grand, 2001). Gerakan sakadik yang terjadi menimbulkan rangsangan bilateral yang mengantarkan kaitan gangguan yang menjadi sasaran ke bagian otak lain sehingga trauma atau gangguan-gangguan yang timbul akibat peristiwa negatif yang dialami konseli dapat dilepaskan ke alam sadar konseli.

Uraian di atas bermakna bahwa selama proses desensitisasi maka material-material PTSD yang telah lama disimpan di dalam otak sedikit demi sedikit akan terangkat dan dilepaskan selama klien fokus pada pergerakan jari tangan konselor. Channel-channel pada otak klien yang telah dapat dijangkau melalui gerakan sakadik ini kemudian membantu dalam mengangkat material PTSD yang telah lama tertumpuk di dalam otak klien. Hal ini kemudian yang akan diinstal kembali pada tahap selanjutnya, yakni *installation*.

Tahap kelima, yaitu *installation*. Fokus tahap ini adalah pada penekanan dan peningkatan kekuatan pikiran positif klien yang diidentifikasi untuk mengganti pikiran diri negatif (Shapiro, 2001). *Installation* terutama dipusatkan pada integrasi penuh dari penilaian diri yang positif terhadap informasi dari sasaran. Fase ini merupakan jalan untuk meningkatkan kognisi positif dan menghubungkannya secara khusus dengan isu target atau peristiwa sebenarnya. Upaya memikirkan sekaligus meningkatkan kognisi positif pada fase ini ditujukan untuk mengganti pikiran tentang peristiwa negatif yang telah diungkap pada fase *desensitization*. Hubungan tahap ini dengan mekanisme yang terjadi pada otak adalah pada saat fase ini berlangsung maka informasi negatif yang menjadi cikal bakal PTSD yang tertimbun dalam otak akan

diungkapkan (Henrikus, 2015). Saat informasi telah diungkapkan melalui usaha memikirkan peristiwa negatif, maka pada saat itu pula waktu yang tepat untuk mengukuhkan kognisi positif, dimana otak telah siap menerima dan menguatkan kognisi positif tersebut (Grand, 2001). Otak yang telah mampu menerima dan menguatkan kognisi positif selanjutnya semakin dikuatkan oleh konselor melalui perkataan-perkataan positif yang mampu ditafsirkan secara positif pula oleh otak klien.

Lahirnya penafsiran positif pada diri klien pada akhirnya akan mengakibatkan tergantinya pikiran negatif menjadi pikiran positif untuk terlepas dari PTSD yang dialami. Gantinya pikiran negatif menjadi pikiran positif ini akan membantu klien dalam memiliki wawasan baru tentang kondisi trauma yang dialaminya. Peneguhan pikiran positif klien yang ditegaskan oleh perkataan-perkataan positif konselor akan membantu klien dalam melahirkan wawasan baru dan usaha yang dapat dilakukan untuk dapat menghadapi peristiwa traumatis yang dialami oleh klien sehingga tidak diserang PTSD lagi.

Hasil dari pelaksanaan fase *installation* adalah lahirnya pikiran positif klien dalam menghadapi suatu peristiwa sesuai dengan target yang ingin dicapai melalui pelaksanaan EMDR. Hal ini sejalan dengan pendapat Grand (2001) bahwa ketika proses telah berakhir, otak akan membuang hal yang menyimpang, yang meliputi pengalaman subjektif dan ingatan yang membeku pada klien dan menggantinya dengan persepsi positif dari kenyataan saat ini.

Pada tahap keenam, *body scan* (pencarian bagian tubuh yang ikut terganggu). Sepanjang melakukan desensitisasi, klien akan banyak mengalami respon terhadap ingatan pikiran negatifnya yang berpotensi mengganggu aspek fisiologis klien. Melalui *body scan*, klien diminta untuk mencatat adanya sisa-sisa ketegangan yang masih dialami dalam bentuk sensasi tubuh dan respon somatis lainnya yang masih berlangsung setelah melakukan EMDR. Jika masih terdapat gangguan fisiologis yang dinilai oleh klien masih mengganggu, maka tahap desensitisasi dan instalasi dapat dilakukan kembali. Akan tetapi, jika ketegangan yang dirasakan oleh klien hanya berupa kelelahan mata, itu merupakan hal yang wajar dan konselor tidak perlu lagi melakukan tahap desensitisasi dan instalasi.

Tahap ketujuh, *closure* (penutupan). Tahap ini dianggap penting untuk meningkatkan keyakinan klien akan penguasaan diri, sejak hal tersebut secara klinis diinginkan oleh klien untuk membawanya kembali pada keadaan ekuilibrium pada akhir tiap sesi, walaupun jika *reprocessing* tidak selesai.

Tahap terakhir, *re-evaluation* (evaluasi). Evaluasi ditujukan sebagai tinjauan penting untuk memastikan efek perlakuan secara optimal. Konselor meninjau catatan klien untuk mengidentifikasi target yang pantas dan menilai tingkat perlakuan telah berlangsung. Selain itu, selama tahap ini konselor/terapis membimbing klien untuk memahami maksud dari protokol EMDR secara menyeluruh.

Evaluasi merupakan bentuk penilaian terhadap capaian hasil yang diperoleh klien setelah diberikan penanganan. Arah evaluasi ditentukan dalam bentuk refleksi terhadap BMB3 klien (Suwandi et al., 2014). Kegiatan yang telah selesai dilakukan tidak dapat serta merta diakhiri begitu saja, melainkan seorang konselor wajib merefleksikan BMB3 konseli. Strategi BMB3 adalah Berpikir, Merasa, Bersikap, Bertindak, dan Bertanggung jawab (Prayitno, 2013). Yang dimaksudkan dengan berpikir adalah memikirkan tentang hal-hal yang telah dibahas selama penerapan EMDR dalam menangani PTSD. Merasa, dimaksudkan untuk merasakan apa saja yang dirasakan tentang hal-hal yang telah dibahas selama pelaksanaan EMDR dalam menangani PTSD. Bersikap, yakni bagaimana sikap klien atau seperti apa klien menyikapi hal-hal yang telah dibahas atau suasana yang terjadi selama pelaksanaan EMDR dalam menangani PTSD. Bertindak, mengandung makna apa yang akan dilakukan oleh klien berkenaan dengan hal-hal yang telah dibahas dalam pelaksanaan EMDR dalam menangani PTSD. Dan yang terakhir adalah Bertanggung jawab, klien harus mampu bertanggung jawab terhadap diri.

Evaluasi yang dilakukan dapat bersifat *verbal* (lisan) ataupun tulisan (tergantung format yang digunakan konselor). Kondisi yang menjadi fokus hasil pelaksanaan EMDR mengacu pada dimensi AKUR-S pada diri klien. AKUR-S adalah Acuan, Kompetensi, Usaha, Rasa, dan Sungguh-Sungguh (Prayitno, 2013). Acuan, yaitu acuan perilaku klien yang jelas, baik itu tujuannya, arah pencapaiannya, termasuk apa dan siapa (sumber daya) yang harus dihubungi atau dimanfaatkan. Kompetensi, yaitu hal yang digunakan sebagai standar acuan yang jelas, terukur, dan memadai. Usaha, bermuara pada terlaksananya perilaku secara intensif dalam menangani acuan dengan menggunakan kompetensi yang ada. Rasa, yaitu kondisi emosional positif yang menyertai dan mewarnai dikuasai dan dilaksanakannya perilaku tersebut. Dan yang

dimaksud dengan sungguh-sungguh adalah sikap yang menunjukkan komitmen tinggi bahwa perilaku itu memang perlu/harus dilaksanakan dengan cara dan upaya terbaik.

## Simpulan

Aplikasi EMDR dalam konseling PTSD merupakan sebuah rumusan untuk membantu klien dengan masalah PTSD agar mampu mencapai kembali KES-nya sebagai manusia yang memiliki pancadaya (daya takwa, daya cipta, daya rasa, daya karsa, dan daya karya). EMDR dilakukan secara sederhana namun memiliki efek yang cukup besar bagi pengembangan KES klien. Makna mendalam penerapan EMDR adalah membantu klien untuk mengangkat material traumatik yang telah lama tersimpan dan bertumpuk di dalam otak yang kemudian akan digantikan oleh material-material pikiran baru yang sifatnya cenderung lebih adaptif. Untuk mencapai hal tersebut, maka praktisi yang akan menggunakan EMDR hendaknya mampu mengembangkan strategi BMB3 pada diri klien.

Praktisi konseling diharapkan mampu menerapkan EMDR dalam penanganan masalah trauma yang dialami oleh klien. Di lain pihak, karena EMDR diawali untuk mengatasi trauma maka teknik ini sekiranya mampu dikembangkan oleh praktisi konseling dalam upaya membantu klien untuk memecahkan permasalahan yang terjadi pada bidang pribadi maupun sosial.

## Ucapan Terima Kasih

Terima kasih penulis sampaikan kepada Henrikus yang telah membantu penulis dalam menemukan referensi yang relevan berkaitan dengan EMDR.

## Daftar Rujukan / References

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bar-Shai, M. & Klein, E. (2015). *Future Directions in Post-Traumatic Stress Disorder Prevention, Diagnosis, and Treatment*. M.P. Safir, H.S. Wallach, & A.S. Rizzo (Eds.). New York: Springer.
- Böhm, K. & Voderholzer, U. (2010). Use of EMDR in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders: A Case Series. *Verhaltenstherapie*, 20, 175 – 181.
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic Stress, Affect Dysregulation, and Dysfunctional Avoidance: A Structural Equation Model. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (6), 767 – 774.
- Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C., & Spiegel, D. (2006). Art Therapy for Combat-Related PTSD: Recommendations for Research and Practice. *Journal of the American Art Therapy Association*, 23 (4), 157 – 164.
- Damarjati, D. (2016, December 29). Kronologi lengkap perampokan sadis di Pulomas. *Detiknews.com*. Retrieved from <https://news.detik.com/internasional/d-3382915/kronologi-lengkap-perampokan-sadis-di-pulomas>.
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and The Relational Imperative: The Therapeutic Relationship in EMDR Treatment*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Farima, R., Dowlatabadi, S., & Behzadi, S. (2015). The Effectiveness Of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Reducing Pathological Worry in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 33 – 43.
- Gerson, R. & Rappaport, N. (2013). Traumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder in Youth: Recent Research Findings on Clinical Impact, Assessment, and Treatment. *Journal of Adolescent Health*, 52, 137–143.
- Grand, D. (2001). *Emotional Healing at Warp Speed: The Power of EMDR*. New York: Harmony Books.



- Hariyanto, I. (2017, May 25). Bom Kampung Melayu: 5 Orang Tewas, 10 Orang Terluka. *Detiknews.com*. Retrieved from <https://news.detik.com/berita/d-3511044/bom-kampung-melayu-5-orang-tewas-10-orang-terluka>.
- Henrikus. (2015). *Penerapan Eye Moving Desensitization and Reprocessing (EMDR) Untuk Menurunkan Tingkat Stres Akademik pada Siswa Kelas XI Pekerjaan Sosial 2 di SMK Negeri 7 Makassar*. Tesis. Tidak Diterbitkan. Makassar: Program Pascasarjana Universitas Negeri Makassar.
- Howard, M.D. & Cox, R.P. (2006). Use of EMDR in the Treatment of Water Phobia at Navy Boot Camp; A Case Study. *Traumatology*, 12, 302 – 313.
- Korn, D.L. (2009). EMDR and the Treatment of Complex PTSD: A Review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3 (4), 264 – 278.
- Lin, W. (2009). Use of Eye Movement Desensitization & Reprocessing Therapy in the Treatment of Post Traumatic Stress Disorder. *The Hong Kong Medical Diary*, 14 (2), 9 – 10.
- Maxfield, L. (2007). Current Status and Future Directions for EMDR Research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1 (1), 6 – 14.
- Moghadam, M.B., Moghadam, A.B., & Salehian, T. (2015). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) On Depression in Patients with Myocardial Infarction (MI) In A 12-Month Follow Up. *Iran Journal Critical Care Nursing*, 7(4), 221 – 226.
- Mollon, P. (2005). *EMDR and The Energy Therapies: Psychoanalytic Perspectives*. Great Britain: Karnac Books Ltd.
- Oh, D.H. & Choi, J. (2007). Changes in the Regional Cerebral Perfusion After Eye Movement Desensitization and Reprocessing A SPECT: Study of Two Cases. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1 (1), 24 – 30.
- Prayitno. (2013). *Konseling Integritas*. Padang: Universitas Negeri Padang.
- Rizqo, K.A. (2017, May 23). Aksi Geng Motor Marak di Jagakarsa Dipicu Tantangan di Medsos. *Detiknews.com*. Retrieved from <https://news.detik.com/berita/d-3509748/aksi-geng-motor-marak-di-jagakarsa-dipicu-tantangan-di-medsos>.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., deRoos, C., Meijer, A.M., & Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in Children: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 599 – 606.
- Royle, L. & Kerr, C. (2010). *Integrating EMDR Into Your Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Sack, M., Lempa, W., & Lamprecht, F. (2007). Assessment of Psychophysiological Stress Reactions During a Traumatic Reminder in Patients Treated With EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1 (1), 15 – 23.
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2007). EMDR and Phantom Limb Pain Theoretical Implications, Case Study, and Treatment Guidelines. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1 (1), 31 – 45.
- Schubert, S. & Lee, C.W. (2009). Adult PTSD and Its Treatment With EMDR: A Review of Controversies, Evidence, and Theoretical Knowledge. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3 (3), 117 – 132.
- Scott, M.J. & Stradling, S.G. (2006). *Counselling for Post-traumatic Stress Disorder: (Third Edition)*. London: Sage Publication Ltd.
- Seidler, G.H. & Wagner, F.E. (2006). Comparing The Efficacy of EMDR and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy In The Treatment of PTSD: A Meta-Analytic Study. *Psychological Medicine*, 1 – 8.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007). *Handbook of EMDR and Family Therapy Process*. F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.) New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *The Permanente Journal*, 18 (1), 71 – 77.



- Solomon, R.M. & Shapiro, F. (2008). EMDR and The Adaptive Information Processing Model Potential Mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (4), 315 – 325.
- Suwandi, A., Folastris, S., Rangka, I. B., Sofyan, A., Hidayat, R., & Fijriani. (2014). *Teknik dan Praktik Laboratorium Konseling: Panduan Praktis-Operasional Konseling Perorangan (I)*. Bandung: Mujahid Press.
- Syah, M.H. (2017, April 4). Detik-Detik Longsor Ponorogo, Suara Gemuruh dan Warga Berlarian. *Liputan6.com*. Retrieved from <http://news.liputan6.com/read/2910016/detik-detik-longsor-ponorogo-suara-gemuruh-dan-warga-berlarian>.
- Talib, H. (2017, February 11). Kebakaran di Rantauprapat. *Medansatu.com*. Retrieved from <http://medansatu.com/berita/tag/korban-tewas-kebakaran-rantauprapat/url/ya-allah-albert-tewas-terbakar-mayatnya-gosong-dan-sulit-dikenali-lihat-foto-fotonya>.
- Tarquinio, C., Brennstuhl, M.J., Rydberg, J.A., Schmitt, A., Mouda, F., Lourel, M., & Tarquinio, P. (2012). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in The Treatment of Victims of Domestic Violence: A Pilot Study. *Revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 62, 205 – 212.
- Tuerk, P.W., Yoder, M., Ruggiero, K.J., Gros, D.F., & Acierno, R. (2010). A Pilot Study of Prolonged Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Delivered via Telehealth Technology. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (1), 116–123.

#### Article Information (Supplementary)

##### The Title (English Version):

The application of eye moving desensitization and reprocessing in counseling post-traumatic stress disorder

**Copyrights Holder:** Hengki Satrianta

<https://doi.org/10.26539/112>

Open Access Article | CC-BY Creative Commons Attribution 4.0 International License

**Conflict of Interest Disclosures:** The authors declare that they have no significant competing financial, professional or personal interests that might have influenced the performance or presentation of the work described in this manuscript.

**First Publication Right:** TERAPUTIK Jurnal Bimbingan dan Konseling

